

Serie Avvisi e Concorsi n. 7 - Mercoledì 16 febbraio 2011

Comunicato n. 22 del 9 febbraio 2011
Direzione generale Sanità - Ambiti territoriali straordinari
carenti di pediatria di famiglia della ASL di Varese

Ai sensi dell'art. 33 - comma 1 - dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta, si pubblicano gli ambiti territoriali carenti di pediatria di famiglia rilevati dalla A.S.L. di Varese.

A pena di esclusione le domande dei medici interessati al trasferimento o all'inserimento, in regola con le vigenti norme in materia di imposta di bollo, compilate secondo gli schemi allegati al B.U.R.L., dovranno pervenire alla A.S.L. di Varese entro e non oltre il 3 Marzo 2011 (non si terra conto del timbro postale).

Sommario

- Ambiti territoriali carenti di pediatria
- Fac - simili domande
- Fac - simile dichiarazione informativa (all. I)
- Indirizzo A.S.L.

L'elenco degli ambiti carenti e i fac-simili delle domande si trovano anche sul sito internet www.sanita.regione.lombardia.it, e sono scaricabili in formato Word accedendo all'area Corsi, Concorsi e Graduatorie / Graduatorie regionali.

PEDIATRIA: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI PER GRADUATORIA

Alla
 Azienda Sanitaria Locale
 della Provincia di.....
 Via.....

Bollo € 14,62

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ codice fiscale _____

Residente a _____ prov. _____ via _____

n. _____ CAP. _____ tel. _____ far data dal _____

A.S.L. di residenza _____ e residente nel territorio della Regione _____ dal _____

inserito nella graduatoria regionale valida per l'anno 2011

FA DOMANDA

per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di pediatria pubblicati sul B.U.R.L. del

Ambito territoriale	Ambito territoriale	Ambito territoriale
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

La propria residenza

Il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____

CAP _____ provincia _____ indirizzo _____

Data _____ Firma _____

PEDIATRIA: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI - PER TRASFERIMENTO

Alla
 Azienda Sanitaria Locale
 della Provincia di.....
 Via.....

Bollo € 14,62

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ codice fiscale _____

Residente a _____ prov. _____ via _____ n. _____ CAP. _____

tel. _____ a far data dal _____

A.S.L. di residenza _____ e residente nel territorio della Regione _____ dal _____

FA DOMANDA

per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di pediatria pubblicati sul B.U.R.L. del _____

Ambito territoriale	Ambito territoriale	Ambito territoriale
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

La propria residenza

Il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____

CAP _____ provincia _____ indirizzo _____

Data _____

Firma _____

Banca Dati Sanitaria Farmaceutica VDA Net

DICHIARAZIONE INFORMATIVA PEDITRIA DI FAMIGLIA

(dichiarazione sostitutiva di atto notorio, di cui all' Allegato I dell' ACN per la pediatria di famiglia del 29.07.2009)

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ il _____ residente in _____

Via/Piazza _____ n. _____

iscritto all' Albo dei _____ della Provincia di _____,

ai sensi e agli effetti dell' art.4, legge 4 gennaio 1968, n.15

Dichiara formalmente di

1. essere/non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incarico o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):

Soggetto _____ ore settimanali _____ Via _____ Comune di _____

Tipo di rapporto di lavoro _____ Periodo: dal _____

2. essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di medicina generale ai sensi del D.P.R. _____ con massimale di n° _____ scelte. Periodo: dal _____

3. essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato: (2)

A.S.L. _____ branca _____ ore sett _____

A.S.L. _____ branca _____ ore sett _____

4. essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2) Provincia _____ branca _____ Periodo: dal _____

5. essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione _____ o in altra Regione (2): Regione _____ S.L. _____ ore sett _____ in forma attiva -in forma di disponibilità (1)

6. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell' art.43 L. 833/78: (2) Organismo _____ ore sett _____ Via _____ Comune di _____ Tipo di attività _____ Periodo: dal _____

7. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate soggette ad autorizzazione ai sensi dell' art.43 L.833/78: (2)

Organismo _____ ore sett _____ Via _____ Comune di _____ Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____ Periodo: dal _____

8. svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:

Azienda _____ ore sett _____ Via _____ Comune di _____ Periodo: dal _____

9. svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell' A.S.L. di iscrizione funzioni fiscali nell' ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)

A.S.L. _____ Comune di _____ Periodo: dal _____

10. fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale: Periodo: dal _____

11. svolgere/non svolgere (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna) _____ Periodo: dal _____

12. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo a favore di qualsiasi soggetto pubblico (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn.1,2,3, o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn.4,5,6): Soggetto pubblico _____ Via _____ Comune di _____ Tipo di attività _____ Tipo di rapporto di lavoro: _____ Periodo: dal _____

13. essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a carico di: (2) _____ Periodo: dal _____

14. fruire/non fruire (1) del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita: (2) soggetto erogante il trattamento di adeguamento _____ Periodo: dal _____

NOTE

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

Data _____

Firma _____

(1) - cancellare la parte che non interessa

(2) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce «NOTE».

A.S.L. di Varese
Via Ottorino Rossi, 9
CAP 21100 VARESE
N.TEL. 0332.277439

AMBITI TERRITORIALI STRAORDINARI	N° POSTI
Malnate - Lozza	1

INDIRIZZO A.S.L.

A.S.L. di Varese	Via Ottorino Rossi, 9 21100 Varese	N.TEL. 0332.277439
------------------	---------------------------------------	--------------------

Banca Dati Sanitaria Farmaceutica VDA Net